Ueber

Herniotomie und Thoracotomie.

Mitteilungen aus der Praxis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayr. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Karl Hauer,
prakt. Arzt in Lam (Niederbayern).

München 1900.
Kgl. Hof-Buchdruckerei Kastner & Lossen, Finkenstrasse 2.

Ueber

Herniotomie und Thoracotomie.

Mitteilungen aus der Praxis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

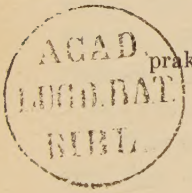
Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayr. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Karl Hauer,
prakt. Arzt in Lam (Niederbayern).



München 1900.
Kgl. Hof-Buchdruckerei Kastner & Lossen, Finkenstrasse 2.

Referent:

Herr Obermedicinalrat Professor Dr. von Angerer.

Wer je Gelegenheit gehabt hat, ärztliche Praxis auf dem Lande auszuüben, der wird die Wahrnehmung gemacht haben, dass das Landvolk en gros weder den nötigen Bildungsgrad noch die nötige Geduld besitzt, um eine medikamentöse Behandlung ohne sichtbaren Erfolg längere Zeit über sich ergehen zu lassen; der Landbevölkerung müssen, wenn sie nicht abwendig werden soll, ab und zu, bei den hiezu sich eignenden Krankheiten selbstredend, unleugbare, greifbare Erfolge von solch elementarer Beweiskraft vorgeführt werden, dass selbst der hartnäckigste und verbissenste Naturvereinler zum Schweigen kommt.

Zwei der vorzüglichsten Mittel nun, sich das Zutrauen selbst einer solchen Bevölkerung zu gewinnen, welche die Notwendigkeit eines Arztes nur für Geburtshilfe und Chirurgie anerkennt, sind vor allem 2 Operationen, welche, wenn glücklich verlaufen und von dauerndem Erfolg gekrönt, einem Arzt sofort überall eine sichere Position schaffen. Es sind dies die

Herniotomie und Thoracotomie.

Wie verschieden nun der Befund sein kann, den das Wort Incarceration einer Hernie involviert, — dies herauszufinden wird wohl keinem erspart bleiben, der öfter gezwungen

ist, Herniotomien zu machen; in den meisten Fällen wird man ja nur die durch den einschnürenden Druck veränderte Darmschlinge vorfinden; anders schon ist das Bild bei incarcerirter Hernia adiposa, wenn ein grösserer Fettklumpen das Bauchfell beutelartig nach sich gezogen und sekundär zum Austritt und Einklemmung einer Hernie Veranlassung gegeben hat, anders bei Hernia vesicalis oder ovarialis; ab und zu wird es auch zutreffen, dass ausser der äusseren Incarceration der Darmschlinge noch eine zweite innere besteht infolge von Einschnürung der Darmschlinge durch eine Spange, die sich früher einmal infolge einer vorausgegangenen Bauchfellentzündung gebildet hat; wie verhängnisvoll würde diese Complication für die Patienten werden, wenn sie nicht gleichfalls gehoben würde? —

Der Unterzeichnete musste in einem solchen Falle einmal fast mit der ganzen Hand in die Bauchhöhle eindringen und konnte erst dann das zweite Hindernis beseitigen — eine Scheinreduktion und deren letale Folge wäre im Falle der Unterlassung des letztgenannten Eingriffes die sichere Folge gewesen — um so grösser aber auch die Freude und der lebenslängliche Dank, wenn das Leben gerettet ist!

Solche Fälle rechtzeitig — rechtzeitig operativ eingreifen kann der Arzt allerdings nur dann, wenn seine Hilfe frühzeitig genug in Anspruch genommen wurde — mit Erfolg in Angriff zu nehmen, wird Jeden innerlich befriedi-

gen und beglücken, auch wenn der klingende Lohn manchmal ausbleiben sollte und der Erfolg auch nicht urbi et orbi verkündet wird.

Doch so dankbar diese Operation auch ist, immerhin bleiben einzelne Fälle in Stadt und Land übrig, welche zu spät zur Operation gelangen und deshalb eventuell sogar trotz Darmresektion einen unglücklichen Verlauf nehmen.

Ungleich einfacher und günstiger liegen die Verhältnisse bei der an zweiter Stelle genannten Operation, bei der Thoracotomie wegen Empyems.

Hier wirkt die breitangelegte Thoracotomie bei frischen eiterigen Exsudaten insbesondere nach einer Pleuritis acutissima bei einem nicht tuberkulösen Erwachsenen auch ohne Rippenresektion ausgezeichnet, gerade so günstig wie eine ausgiebige Incision bei irgend einem Abscesse; der letzte Punkt — ohne Rippenresektion — ist es insbesondere, welchen der Unterzeichnete für die Fälle von rasch produziertem eiterigen Exsudate nach hyperacuter Pleuritis betonen möchte.

Würde diese Anschauung Gemeingut aller Aerzte werden, würde dies ein Segen für alle an Empyem Leidenden werden; denn

1. würde dann die Operation an jedem Platze in manchen geeigneten Fällen vorgenommen werden, in welchen sie zur Zeit noch wegen der umständlichen Resektion, insbesonders aus Furcht vor Verletzung der Intercostalis, unterlassen wird;

2. würde die Operation von den Patienten als relativ einfacher und ungefährlicher Eingriff nicht mehr gefürchtet und deshalb gerne genehmigt; denn, wenn der Arzt selbst über den Nutzen der Operation eine ähnliche Anschauung hat wie Dupythren, der sich nicht einmal punktieren liess oder wenn der Arzt, weil er ohne Assistenz operieren muss, den geheimen Wunsch hegt, zum Abstehen von der Operation von den Angehörigen des Kranken veranlasst zu werden, dann muss sich beim Patienten, wenn er Blick und Miene seines Arztes betrachtet, eine die Vornahme der Operation perhorreszierende Stimmung entwickeln, wenn auch die begleitenden Worte, von einigen Klauseln allerdings abgesehen, zum Scheine noch so empfehlend für die Operation und deren rasche und wohlthätige Wirkung sprechen sollten.

3. Bei Weglassung der Resektion in dem angegebenen Falle wäre auch die Gewissheit vorhanden, dass nicht irgend ein findiger Jurist ein strafbares Reat herauskonstruieren könnte.

Die Indication ist freilich in der angegebenen Weise zu begrenzen, damit der Ausgang auch die Prognose bestätigt; denn mit der Entfernung des Exsudates, wo möglich wiederholten Entleerung desselben allein, ist — so interessant sich der Vorgang für Arzt und ev. Zuschauer auch ansieht — der Patient nicht zufrieden; der erwachsene Patient und seine Angehörigen wollen eine endgiltige und möglichst rasche Heilung und zwar in dem Grade, dass er je nach seiner sozialen Stellung seinem

Berufe, seiner Arbeit oder dem Sport und Vergnügen wieder nachgehen kann wie in gesunden Tagen.

Will man also den guten Ruf der Operation oder präziser ausgedrückt, sein eigenes Renommée in Fällen, die sich zur Operation eignen, nicht gefährden, dann wird es sicher nicht schädlich sein, folgende Punkte zu beachten:

I. Tritt nach tuberkulöser Pleuritis — als solche ist wohl in den meisten Fällen die doppelseitige zu betrachten, ein Exsudat auf, so ist dasselbe, mögen die Erkrankten Kinder oder Erwachsene sein, mag das Exsudat serös, serofibrinös oder eiterig sein, als ein Noli, me tongere zu betrachten und demgemäss zu behandeln; diese allerdings grosse Gruppe muss also leider ausgeschaltet werden, da sich bei objektiver Beurteilung die Anschauung aufdrängt, dass weder nach Punktion noch nach Thoracotomie das letale Ende wesentlich hinausgeschoben wird.

II. Tritt dagegen bei Nichttuberkulösen und zwar A bei einem Kinde ein seröses (oder serofibrinöses) oder ein eiteriges Exsudat auf, so wird im 1. Falle die Punktion etwa mit dem Hofmokl'schen Apparatchen mit Hebervorrichtung und Luftabschluss vorgenommen, bei eiterigem Exsudat wird die breite Thoracotomie vorzunehmen sein. Sollte jedoch die Einwilligung zur Vornahme der Operation von Seite der Eltern nicht gegeben werden, so hüte man sich, die Prognose absolut letal zu stellen, da man

beobachten kann, dass zumal bei Kindern, selbst unter den ungünstigsten Ernährungsverhältnissen, seröse Exsudate manchmal durch Resorption, eiterige durch Selbstentleerung infolge von Durchbruch durch die Bronchien zur Heilung gelangen, ohne ein Retrécissement der Rippen zu hinterlassen. Eine derartige unfreiwillig abwartende Stellung kann man als Arzt um so eher einnehmen, wenn infolge der Nachgiebigkeit der Brustwand eine bedeutende Compression der Lunge nicht besteht, und deshalb wohl auch die Expansionsfähigkeit der Lunge länger erhalten bleibt. Wenn jedoch infolge eines massenhaften Exsudates eine ungünstige Beeinflussung der Atmung, d. h. wenn Atemnot auch in der Ruhe eintritt, dann muss energisch auf die Vornahme der Operation gedrungen werden, und in solchen Fällen wird dann wohl auch von vernünftigen Eltern die Genehmigung erteilt.

Tritt nun B bei einem nicht tuberkulösen Erwachsenen ein a) seröses Exsudat auf, so kann man etwa 3 Wochen lang eine Behandlung mit salicylsaurem Natron oder Salicylsäure einwirken lassen, mit um so mehr Berechtigung, als letzterem Mittel auch ein differentialdiagnostischer Wert beigemessen wird zur Entscheidung der Frage, ob ein seröses oder eiteriges Exsudat vorliegt, da es bei ersterem gut wirkt, beim zweiten gänzlich versagt. Vermindert sich das Exsudat während dieser Zeit nicht, d. h. treten die verdrängten Organe nicht an ihre normale Stelle zurück, ist kein Sinken

der oberen Dämpfungsgrenze der erkrankten Thoraxhälfte, keine entsprechende Erweiterung des Respirationsgeräusches und kein Wiederfühlbarwerden des Pectoralfremitus, keine Zunahme der Lungencapacität zu konstatieren, dann ist Punktion mit einer Aspirationsspritze mit Doppelhahn oder mit einem Apparate nach Färbringer, Hofmokl, Baeltz vorzunehmen. Es wird eben gut sein, bei Erwachsenen nicht den Eintritt von Atemnot infolge massenhaften Exsudates abzuwarten, sondern mit Rücksicht auf die Erreichung der Absicht, bei Vornahme der Punktion sicher eine noch ausdehnungsfähige Lunge vor sich zu haben, also völlige Heilung zu erzielen, schon nach Ablauf der oben angegebenen Zeit, auch wenn noch Fieber vorhanden ist, die Punktion vorzunehmen.

Hiebei könnte man auch, obwohl die Zerreisslichkeit der Lungenpleura und die Gefahr einer Blutung überschätzt wird, behufs Paralysierung der durch die Aspiration des Exsudates entstandenen Schwankung des intrathoracischen Druckes den Vorschlag von Lewaschew berücksichtigen, welcher das entfernte Exsudat durch sogenannte physiologische erwärmte Kochsalzlösung ersetzt, und zwar soll hiemit nicht gewartet werden, bis das ganze Exsudat entleert ist, sondern sobald der Patient über Schmerzempfindung insbesondere über ein zerrendes Schmerzgefühl in der Umgebung der Herzgegend klagt. Diese eingeführte Ersatzflüssigkeit könnte, abgesehen von dem angegegebenen Zwecke auch dadurch nützen, dass

sie dem restierenden oder sich erneuernden Exsudate einen höheren Grad von Resorptionsfähigkeit verleiht.

Schreiber dieses hat darüber allerdings keine eigenen Erfahrungen gesammelt. Lewaschew spricht sich allerdings sehr günstig über die dadurch erzielten Erfolge aus. Das Exsudat soll man jedoch auch dann nicht ganz entleeren, wenn keine Kochsalzlösung substituiert wird, sondern, wenn einmal der negative innere Druck eine bedeutende Zunahme erfahren hat, was der Patient selbst besonders an dem oben erwähnten zerrenden Schmerzgefühl erkennt, dann muss mit der Entleerung des Exsudates aufgehört werden.

Ist nun bei einem nicht tuberkulösen Erwachsenen ein Exsudat b) eiterig geworden, was nach einer Pleuritis acutissima schon nach 14 Tagen der Fall sein kann, so ist einzig der breite Empyemschnitt, die Thoracotomie, am Platze; hier soll man keinen Tag versäumen mit Vornahme von Punktion und nachfolgender Ausspülung. Diese zuletzt genannte Methode würde

1. viel länger dauern und

2. würde das Exsudat qualitativ schlechter; es bekäme einen üblen Geruch und ausserdem sehr leicht eine hämorrhagische Beimischung. Hier ist das Beste sofortige breite Thoracotomie und zwar bei Pleuritis exsudativa acutissima purulenta „ohne Resektion“. Die Weglassung der Resektion ist in diesem allerdings einzigen Falle sogar von Nutzen, weil diese eine Verzögerung des Heilungsprozesses bewirken

würde, insbesondere, wenn partielle Nekrose der Knochenwundflächen an den Rippenfragmenten eintreten würde.

Bekommt man jedoch c) ein jauchiges Exsudat, das z. B. 1 Jahr oder noch länger bestanden hat und schliesslich durch einen Bronchus durchgebrochen ist und sich auf diese Weise zum Teil selbst entleert hat, in Behandlung, dann kommt man mit der Resektion eines Rippenstückes viel schneller zum Ziele. Man kann zwar auch in diesem Falle ohne Resektion auskommen; man muss jedoch, wenn man den Patienten nicht jeden Tag zweimal besuchen kann, dem Kranken durch spezielle Unterweisung und Ueberlassung eines einfachen Apparates die Möglichkeit geben, sich die Ausspülungen durch die Incisionswunde hindurch mehrmals täglich selbst zu machen. Dies macht allerdings keine Schwierigkeit, wie aus dem weiter unten angeführten Falle „Alfery" zu ersehen ist.

Als Prädilektionsstelle für die Vornahme der Thoraco-Incision wird von den Meisten der 6. oder 7. Intercostalraum je nach der Tiefe des Zwerchfellstandes und zwar in der Axillarlinie oder hinter derselben angegeben. Eine Ausnahme hievon bilden nur die selteneren Fälle von traumatischen, abgesackten eiterigen Exsudaten, welche nach schweren Lungengefässverletzungen (bei intakten Bronchien) durch tiefe Stichwunden im 2., 3. Intercostalraum zwischen Schulterblatt und Wirbelsäule entstehen und infolge ihrer abnormen Lokali-

sation sehr schwer auffindbar sind. Da sie eben manchmal ziemlich hoch liegen und abgesackt sind, ist auch durch wiederholte Probepunktionen in den unteren Partieen des Brustfellraums kein positives Resultat zu erzielen. In solchen Fällen müssen die Probepunktionen höher oben gemacht werden. Abgesehen nun von diesen Ausnahmsfällen, in welchen die abnorme Lage und Abgrenzung des Exsudats bestimmend auf die Wahl des Ortes für die beabsichtigten Eingriffe einwirkt, dürfte die Einhaltung der oben angegebenen Stelle wohl in den meisten Fällen zum gewünschten Ziele führen.

Nach dieser Digression, die durch die Wichtigkeit der angeführten Thatsachen wohl gerechtfertigt erscheinen dürfte, mögen noch einige Fälle von pleuritischem Exudat aus der Landpraxis Erwähnung finden, unter andern der oben zitierte Fall „Alfery".

A. Alfery, 18 Jahre alt, Glasschleifer, wohnhaft in Lambach, war nach ca. anderthalbjähriger Krankheit wegen heftigen Hustens, ekelerregenden massenhaften Auswurfs, Atembeschwerden, angeblich hochgradigster Lungenschwindsucht und absoluter Arbeitsunfähigkeit nach Hause gekommen, um dort von wohlthätigen Leuten die Kost zu bekommen und bei seinem alten Vater gratis wohnen zu können und dort zu sterben. Da ihm schon von verschiedener Seite gesagt worden war, dass man ihm keine neue Lunge einsetzen könne, er selbst aber die aashaft stinkenden Fetzen, die er in

Menge aushustete, für brandige Lungenstücke halten konnte, hatte er allerdings wenig Hoffnung, sprach sich auch dem Unterzeichneten gegenüber in dieser Weise aus, liess sich aber gleichwohl gelegentlich untersuchen. Die Untersuchung ergab nun mit grosser Wahrscheinlichkeit das Vorhandensein eines hämorrhogischen und jauchigen, pleuritischen Exsudates, das lange Monate eingeschlossen gewesen war, schliesslich doch durch einen Bronchus durchgebrochen war und, da die Lungenfistel offen geblieben war, sich auf diese Weise stossweise zum Teil immer wieder entleeren konnte. Das Exsudatniveau wurde, soweit möglich, percutorisch festgestellt; ob amphorisches Sausen, das von hervorragender Seite als diagnostisches Hilfsmittel für derartige Lungenfisteln angegebene Bourdonnement amphorique bei dem Patienten hörbar war, kann heute nach ca. 15 Jahren nicht mehr angegeben werden. Obwohl nun Menge und Beschaffenheit des Sputums zwar nicht den Gedanken an Lungengangrän, wohl aber die Abstammung des Sputums aus ektatischen Bronchien und auch grösseren Cavernen ausschloss, dagegen die Provenienz desselben aus der Pleurahöhle vermuten liess und sogar nahe legte, suchte man sich doch Gewissheit zu verschaffen, und wurde eine Probepunktion versucht. Allein, trotzdem die Nadel ganz sicher in den Intercostalraum eingedrungen war, also ganz gewiss nicht eine Rippe getroffen hatte, konnte man mit derselben nicht in die Brusthöhle eindringen,

sondern die Nadelspitze brach beim Versuche, die Pleuroschwarte zu durchdringen, ab; von einer zweiten Probepunktion wurde abgesehen und auf Wunsch des Patienten zur Thoracoincision geschritten. Hat man aber unter anderen, etwas normaler gelagerten Verhältnissen, die Probepunktion gemacht, und ist man wegen des Ausbleibens einer Exsudatprobe im Zweifel, ob man bei dicker Pleuraschwarte die Pleura nur abgehoben oder sie wirklich durchstochen hat, d. h. in der Brusthöhle angelangt ist — so könnte man eine zweite Probepunktion mit einem Probetroiquart folgen lassen und — wenn die ausströmenden übelriechenden Gase den Sachverhalt nicht klarstellen, und der Troiquart, weil in der verdickten Pleura festgekeilt, nicht, gewissermassen palpetorisch, vordringen und frei bewegt werden kann — nach dem Vorschlag von Leyden durch Verbindung des Troiquarts mit einem Monometer oben erwähnten Zweifel heben und zugleich den Druck ablesen. Eingehend schildert diese Leyden'sche Methode Fränkel in der Zeitschrift für klinische Medizin. Man kann also mittelst des Monometers nicht nur den intrathoracischen Druck messen, sondern man weiss sicher, ob man in der Exsudathöhle angelangt ist oder nicht, ferner wie die Verhältnisse bezüglich der Expansionsfähigkeit der komprimierten Lunge gelagert sind, ferner, ob nicht etwa ein subphrenischer Abscess vorliegt.

Im vorliegenden Falle Alfery also wurde auf energisches Drängen von Seite des Patienten trotz sehr zweifelhaft gestellter Prognose

von dem beigezogenen Arzte mit grosser Vorsicht die Chlorof. Nark. eingeleitet und die Weichteile bis zur Pleura costolis durchtrennt. Als der Unterzeichnete mit einem starken Scalpell auf die Pleura gekommen war, zeigte sich ein so harter Widerstand, dass sich der Unterzeichnete veranlasst sah, das Scalpell umzudrehen und mit dem Griffe auf die knochenharte Platte zu klopfen, wodurch ein ganz exquisiter Knochenton zustande kam. Die, wie eben angegeben, abgebrochene Nadelspitze konnte allerdings in dieser vollständig verknöcherten Pleuraplatte unbeanstandet liegen bleiben.

Es handelte sich nun darum, diese enorm verdickte Pleura nicht etwa bloss abzuheben, sondern vollständig zu durchschneiden, die Wunde durch Schräghalten des Messers und stumpfe Instrumente z. B. Arterienpincette zu erweitern; dies gelang denn auch soweit, dass die stinkende graubräunliche Jauche ablief, zumal wenn der Körper an den Füssen so gehoben und gedreht wurde, dass die Incisionswunde den tiefsten Punkt bildete. Eine Ausspülung der Brusthöhle wurde aus Rücksicht auf die Lungenfistel nicht vorgenommen. In die Wunde wurde eine silberne Kanüle eingelegt und ein voluminöser Salicylwatteverband angelegt; am nächsten Tage wurde eine ausgiebige Ausspülung mit Salicyllösung gemacht, an den folgenden Tagen wurde zur Beseitigung des Geruches eine schwache Chlorzinklösung benützt; diese letztere bewährte sich sehr gut, konnte aber

dem Patienten doch nicht überlassen werden; statt derselben bekam er eine Salicylsäure-Lösung, mit welcher er sich die Ausspülung selbst machen konnte und zwar in folgender Weise: Statt der Kanüle wurde ein Troiquart eingelegt und liegen gelassen, was bei der stark zusammengeschrumpften Lunge ohne alle Schwierigkeit geschehen konnte, daran ein Schlauch und oben ein Trichter befestigt. Auf diese Weise konnte Alfery sich also die Brusthöhle durch Eingiessen in den Trichter und späteres Senken des Schlauches nebst Trichters selbst ausspülen, was dem unterzeichneten Arzte um so angenehmer war, als es unmöglich war, den Kranken zweimal pro Tag zu besuchen, da Hin- und Retourweg 8 Kilometer betrug. Der Kranke merkte jedoch bald, dass nach massenhafter Eingiessung heftigster Hustenreiz eintrat; er legte sich deshalb auf Anraten ein kleines Glastrichterchen bei, um das Eingiessungsquantum genauer dosieren und die Ausspülung langsamer vornehmen zu können; diesen kleinen, im Schlauche steckenden, Glastrichter befestigte er in Ermangelung einer Kravatte am Kragen und bekam deshalb von seinen Bekannten einen eigenen Namen, sog. Spitznamen, namens „Schläuchl“. Das Befinden besserte sich von Tag zu Tag, bis plötzlich nachts 1 Uhr eine ganz unerwartete und beängstigende Verschlimmerung eintrat. Puls ca. 130, Temperatur 41,0, hochgradige Atemnot; die Umgebung voll Angst, jeden Moment den Eintritt des Todes Alferys erwartend und

deshalb die üblichen Vorbereitungen hiezu treffend. Der Unterzeichnete wurde gerufen, und, da er glaubte, die Verschlimmerung könnte von Secretstauung und Resorption herrühren, spülte er die Brusthöhle mit Chlorzinklösung aus, reinigte den Trôicart, indem er ihn gehörig durchspritzte; auch liess er den Patienten kräftig aushusten. Mit geringen Hoffnungen verliess der Unterzeichnete den Kranken, konnte jedoch schon nach einigen Tagen zu seiner grossen Ueberraschung eine auffallende Besserung im Befinden Alfery's konstatieren, und es trat denn auch bei den nunmehr sorgfältig durchgeführten täglich dreimaligen Ausspülungen durch den Patienten selbst (mittelst des am Schlauche befestigten Trichterchens) keinerlei Störung mehr ein; der Verband selbst wurde oftmals erneuert, und auch die Wunde selbst in ihrem ganzen Umfange und auch in den tiefer gelegenen Partieen der sorgfältigsten Behandlung unterworfen. Nach Verlauf mehrerer Wochen liess der Unterzeichnete zur Probe, ob die Lungenfistel geschlossen, durch den Trôicart Salicyllösung in grosser Menge einlaufen, ein Vorgang, welcher, wie vorauszusehen, starken Hustenreiz und Expectoration der eingegossenen Flüssigkeit zur Folge hatte; diese Flüssigkeit, auf Eisenchloridwatte gegossen, zeigte die characteristische violette Färbung der Watte, also war die Lungenfistel noch offen. Nach einer ca. dreivierteljährigen mühevollen Behandlung, die grosse Opfer von Seite des behandelnden Arztes in jeder Richtung er-

forderte, war Alfery soweit hergestellt, dass er mehrere Jahre als Glasmacher in Schliersee und bei Zwiesel arbeiten konnte. Der Fall spielte in Lambach bei Lam im Jahre 1885 und steht dort heute noch bei Einzelnen in guter Erinnerung. Drei oder vier Jahre nach Wiederherstellung seiner Erwerbsfähigkeit besuchte Alfery seine Angehörigen und Bekannten wieder in Lambach, erklärte sich jedem gegenüber als gesund und wurde auch infolge seiner wiedererlangten körperlichen Leistungsfähigkeit (vierstündige Fusstour im bergigen Terrain) und Arbeitsfähigkeit von jedem für gesund gehalten. Im April 1891 jedoch erkrankte Alfery an dem Orte, an welchem er in Arbeit stand, neuerdings und starb angeblich nach kurzer Krankheit unvermutet am 16. April 1891.

Es war also die erstgenannte Erkrankung Alfery's aus den Jahren 1884 und 85 ein Fall von Pyopneumothorax mit jauchigem hämorrhogischem Exsudat und Lungenfistel bei einem Patienten, der in den denkbar ungünstigsten Vermögens- und Ernährungs-Verhältnissen stand, zumal zu jener Zeit noch keine Arbeiterversicherung bestand und deshalb auch kein Krankengeld bezogen werden konnte.

Interessant für den Schreiber dieses war auch folgender Empyemfall aus dem Jahre 1885. Der Betreffende, ein gewisser Ludwig Aschenbrenner, 19 Jahre alt, Häuslerssohn aus Stadlern, Pfarrei Lam, war an heftiger Lungen- und Brustfellentzündung erkrankt und hatten die Eltern desselben wegen der heftigen

stechenden Schmerzen und wegen blutigen (rostfarbenen) Auswurfs ihres Sohnes von einem Bader einen Aderlass vornehmen lassen. Die Schmerzen liessen daraufhin, wie später angegeben wurde, nach, nicht aber die sonstigen Beschwerden; das Fieber insbesondere hielt auch nach dem 7. Tage an und zeigte gelegentlich einer Messung am 9. oder 10. Tage eine Höhe von 40,5, der Puls eine Frequenz von 120 Schlägen per Minute; ausserdem klagte der Patient über einen stechenden und drückenden Schmerz auf der linken Seite und oberhalb der Magengegend. Die zahlreichen Besucher des Kranken hatten nun die z. Z. bestehende Erkrankung Aschenbrenner's zum grossen Teile für eine Magenerkrankung erklärt, einige Andere, welche sich auf ihre Weisheit besonders viel einbildeten, und als terminus technicus für jeden ihnen unbekannten Vorgang im menschlichen Körper das für sie geheimnisvoll klingende Wort Hämorrhoiden in petto haben, hatten nicht den leisesten Zweifel, dass hier ein gewissermassen ausgesprochener Fall von inneren Hämorrhoiden vorliegen müsse.

Der gerufene Arzt untersuchte den Fall eingehend und erklärte dann, „dass sich infolge der die Lungenentzündung begleitenden Brustfell-Entzündung eine gelbliche, wahrscheinlich eiterige Flüssigkeit in der Brusthöhle gebildet habe, die entfernt werden müsse; die Schmerzen hinter und oberhalb der Magengegend würden wahrscheinlich davon her-

rühren, dass der Brustfellüberzug des Zwerchfells besonders stark von der Entzündung betroffen sei"; allem Anscheine nach war jedoch von den Angehörigen und sonstigen Anwesenden niemand von der Richtigkeit dieser Erklärung überzeugt. —

In den nächsten Tagen nun war bei dem Kranken eine derartige Atemnot eingetreten, dass der Arzt wieder geholt wurde. Der Arzt wiederholte seine jüngst abgegebene Erklärung, hiebei betonend, dass die Flüssigkeit mittlerweile an Menge zugenommen habe; die Eltern waren nun geteilter Ansicht; obwohl von der einen Seite der Tod des Sohnes als ganz nahe bevorstehend und deshalb alles Operieren für aussichtslos gehalten wurde, siegte doch der andere Teil, so dass der (Schreiber dieses) Arzt, der diesesmal den Apparat mitgebracht hatte, daran gehen konnte, den Eingriff zu wagen. Eine Probepunktion mit der Pravaz'schen Spritze konnte jedoch nicht gemacht, d. h. riskiert werden, da für den Fall des Misslingens der Probepunktion ein zweiter Einstich auf keinen Fall geduldet worden wäre. Es war nun ein Moment unendlicher Genugthuung für den Arzt, als die Aspirationsspritze sich mit Exsudat füllte, durch den zweiten Hahn nach aussen entleert wurde, u. s. w., bis ca. zwei Liter entleert waren. Der faulige Eitergeruch zumal belehrte die neugierigen Zuschauer, dass es richtig und notwendig gewesen war, die Operation vorzunehmen. Allerdings hat nach Ansicht des behandelnden Arztes diese Art Ex-

sudat-Entleerung mehr den Wert einer palliativ gut wirkenden Probepunktion, jedoch selbst dann nur provisorischen Wert, wenn, wie im vorliegenden Falle, durch entsprechende Bedienung der Hähne eine mehrmalige Ausspritzung und nachfolgende Aspiration angeschlossen wird. Die günstige Beeinflussung des Exsudats in quantitativer Hinsicht durch Verminderung desselben wird nämlich mehr als paralysiert durch die qualitative Verschlechterung des Exsudats. Man wird deshalb recht thun, wenn man diese Methode, d. h. Punktion mit Ausspülungen für eine Zeitversäumnis hält und deshalb sobald als möglich Thoracoincision an deren Stelle setzt. Nach diesem Grundsatze wurde denn auch nach kurzer Zeit verfahren, d. h. der behandelnde Arzt leitete die Chloroform-Narkose ein, übergab die Ueberwachung derselben einer aufmerksamen Person und machte im 6. Intercostalraum in die Axillarlinie eine breite Incision, spülte die Brusthöhle nach erfolgter Entleerung des Exsudates sorgfältigst aus und legte nach Einlegung einer Beinkanüle den Verband an. Die Besserung machte von diesem Tage an sehr gute Fortschritte, nach einigen Monaten war der Kranke geheilt; eine ganz geringe Einziehung einer Rippe blieb allerdings zurück, diese hindert ihn jedoch nicht, raschen Schrittes bei rauhester Witterung ohne Atemnot hohe Berge zu besteigen und seiner Arbeit nachzugehen, und heute nach 15 Jahren nach Vornahme der Operation, die seine Eltern so

sehr gefürchtet hatten, erfreut er sich einer tadellosen Gesundheit.

Ein weiterer Fall von eiterigem Exsudat aus dem Jahre 1885 war folgender:

Eine gewisse Frau Baumann, Krämersfrau aus Rittsteig, einem Dorfe an der böhmischen Grenze, trat nach zweimonatlicher Krankheit beim Unterzeichneten in ärztliche Behandlung; da Schreiber dieses beim ersten Besuch pleuritisches Exsudat feststellte, jedoch keine Pravaz'sche Spritze, sondern nur den Probetroicart und sein Besteck bei sich führte, der Ehemann der Kranken jedoch an die Diagnose nicht glaubte, so sah sich der behandelnde Arzt veranlasst, den Probetroicart in einen Intercostalraum einzuführen; da jedoch das Exsudat nicht auslief, der Mann nunmehr erst recht nicht an die Richtigkeit der Diagnose glaubte —, oder, richtig ausgedrückt, wenigstens diesbezügliche Zweifel simulierte, um ja keine Auslagen für eine eventuelle Operation zu bekommen —, legte der behandelnde Arzt, um dem Manne eine Exsudatprobe vorführen zu können, rasch entschlossen den einzigen disponiblen natürlichen Saugapparat, den Mund, an den Troicart, allerdings mit sofortigem Erfolg, freilich mit der unangenehmen Beigabe mehrmaligen Erbrechens. Doch der Mann, durch den keinen Zweifel zulassenden Geruch der Exsudatprobe überzeugt, erlaubte seiner Frau, dass sie die Fahrt nach Lam in den nächsten Tagen antreten durfte und sich behufs Vornahme der Operation und einer 3 bis

4-wöchentlichen Nachbehandlung in die Wohnung des Arztes verfügen konnte. Die Operation wurde in Chloroformnarkose gemacht und zwar wurde, da eine schnell noch vorausgeschickte Probepunktion im 5. Intercostalraum übelriechendes eiteriges Exsudat ergeben hatte, im 5. Intercostalraum die Incision gemacht. Da jedoch kein Exsudat zum Vorschein kam, wurde sofort eine weitere Thoracoincision im 6. Intercostalraum gemacht; nun konnte das ganze putride Exsudat entleert und die Brusthöhle ausgespült werden. Vier Wochen nach Vornahme der Operation konnte Frau Baumann den nicht ganz 2 Stunden in Anspruch nehmenden Weg in ihre Heimat zu Fuss zurücklegen und ist seit dieser Zeit, also volle 15 Jahre, vollständig gesund gewesen. —

Ein weiterer Empyemfall aus der Mitte der 80er Jahre war der eines gewissen Aschenbrenner, vulgo Dirrigl, Arbeiter auf der Kumersdorfer Säge bei Hohenwart. Die Anamnese ergab, dass Patient ca. 14 Tage, bevor er in ärztliche Behandlung trat, an Symptomen gelitten hatte, welche auf Pleuritis acutissima schliessen liessen. Schreiber dieses stellte beim ersten Besuch die Diagnose auf Exsudat und machte sofort mit der Pravaz'schen Spritze eine Probepunktion, welche reinen rahmigen Eiter ergab. Damit der Patient, welcher vom Arzte ganz allein in seiner abgelegenen Wohnung im Bette liegend angetroffen worden war, eine bessere und aufmerksamere Pflege zu erwarten hätte, wurde er in die Wohnung seines Arbeit-

gebers auf die Kumersdorfer Säge transportiert, und der Tag für die Operation festgesetzt. Der Patient wurde vom behandelnden Arzte chloroformiert, und die Ueberwachung der Narkose dem begleitenden Bader übertragen. Die Thoraco-Incision wurde im 6. Intercostal-Raum vorgenommen; nach Durchschneidung der Pleura stürzte sofort der Eiter aus der Wunde; auch wurde an diesem Tage eine Ausspülung der Brusthöhle vorgenommen. Bei den in den nächsten Tagen erfolgenden Besuchen wurden die Exsudatreste durch entsprechendes, seitliches Heben des Körpers zum Auslaufen gebracht, und Ausspülungen vorgenommen, bis die Flüssigkeit rein abfloss. Vier Wochen nachher war der Patient geheilt. Ein Thoraxretrecissement trat nicht ein, obwohl keine Resektion gemacht worden war; der operierte Arbeiter hat seine volle Erwerbsfähigkeit wieder erlangt und ist seither gesund geblieben, gewiss ein schöner Beweis für den Nutzen der Thoraxincision auch ohne Resektion (in entsprechend gelagerten Fällen).

Dies die Anschauungen des unterzeichneten Arztes, der auch manchmal unter den schwierigsten Verhältnissen und ohne Assistenz operiert hat, sich allerdings auch die Mühe nicht verdriessen liess, den Wert und Erfolg einer Operation auf eine grössere Zahl von Jahren hinaus zu prüfen und im Auge zu behalten.